

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00661 vom 28. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00661

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00661 du 28 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00661 del 28 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1978 geborene und bis 31. März 2012 als Sachbearbeiter in der Kreditvermittlung erwerbstätig gewesene X.____ meldete sich am 24. Juli 2012 unter Hinweis auf eine Depression und eine posttraumatische Belastungsstörung seit einem Verkehrsunfall im September 2010 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5). In der Folge tätigte die IV-Stelle Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. In besondere beauftragte sie die MEDAS Y.____, mit einer interdisziplinären psychiatrie-internistischen Begutachtung (Gutachten vom 24. Juli 2013, Urk. 7/39, interdisziplinäre Zusammenfassung und Beurteilung vom 11. September 2013, Urk. 7/42, und Ergänzung vom 9. Oktober 2013, Urk. 7/46). Am 21. Januar 2013 teilte sie dem Versicherten mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien, und stellte die Rentenprüfung in Aussicht (Urk. 7/25). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/49 ff.) verneinte sie mit Verfügung vom 19. Mai 2014 den Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

E. 1.2.1

Mit BGE 141 V 281

hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden

(BGE 130 V 352 und an schliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss.

Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG

ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG)

ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren

rechtlich gebotener

Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 1.2.2

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht im erwähnten Leitentscheid 9C_492/2014 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie

erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3)

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung damit, dass beim Beschwerdeführer eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden sei, welche aufgrund der vorhandenen Ressourcen und therapeutischen Möglichkeiten und in Anwendung der damals noch geltenden Grundsätze über die pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage als überwindbar gelte, weshalb kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege (Urk. 2 S. 2 f., Urk. 6 S. 1) .

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass er gemäss dem überzeugenden bidisziplinären MEDAS-Gutachten seit Juni 2011 zu 100 % arbeitsunfähig sei und bei optimalem Verlauf der vom psychiatrischen Gutachter empfohlenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung etwa ab Herbst 2015 wieder arbeitsfähig sein werde (Urk. 1 S. 3). 3. 3.1

Den vorliegenden medizinischen Berichten (vgl. vor allem

MEDAS- Gutachten vom 24. Juli 2013 [Urk. 7/39 , insbes. S. 8 und S. 40] , interdisziplinäre Zusammenfassung und Beurteilung vom 11. September 2013

[Urk. 7/42 , insbes. S. 1 f.]; vgl. ferner Berichte des Z.____ , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Dezember 2011 [Urk. 7/12/14-16] sowie vom 21. März 2012 [Urk. 7/16/13-13-14], versicherungsmedizinische s psychiatrische s Konsilium zuhänden des Krankentaggeldversicherers von Dr. med. A.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Pharmazeutische Medizin, vom 18. Februar 2012 [Urk. 7/19/13-18], Bericht von Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. November 2012 [Urk. 7/22])

ist zu entnehmen , dass im Wesentlichen folgende Diagnosen bestehen : - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - Polytoxikomanie , zurzeit unter Substitutionsbehandlung abstinent (ICD-10 F19.2) 3.2

Die erwähnten Diagnosen sind das Ergebnis verschiedener fachärztlicher Untersuchungen und entsprechen den anerkannten diagnostischen Richtlinien (vgl. insbesondere zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung Dilling / Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl. 2014, S. 173-175). Über deren Bestehen herrscht unter den behandelnden und den begutachtenden Ärzten Einigkeit . Ihre Berichte, insbesondere das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 24. Juli 2013 (Urk. 7/39), erfüllen mit Bezug auf die soweit einstimmige Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aus medizinischer und insbesondere aus psychiatrischer Sicht

die von der Rechtsprechung für die Beweiskraft einer ärztlichen Auskunft aufgestellten Voraussetzungen (vgl. vorne E. 1.5) , weshalb darauf abgestellt werden darf . Der medizinische Sachverhalt ist inso weit

erstellt (Urk. 1, Urk. 2 , Urk. 6 ; vgl. auch die RAD-Stellungnahmen vom 17. September, 7. und 30. Oktober 2013 [Urk. 7/ 47 S. 4 f.]). 4 .

Weiter lässt sich den medizinischen Akten Folgendes entnehmen: 4 .1

Im November 2011 wurde der Beschwerdeführer in der Sprechstunde für Belastungsreaktionen und posttraumatische Belastungsstörung des Z.____ beurteilt. Laut Bericht vom 2. Dezember 2011 (Urk. 7/12/14-16) wurde ein Krankheits- und Behandlungskonzept erarbeitet. In dessen Zentrum stehe, dass eine Verarbeitung des Unfalls und seiner Folgen bislang aufgrund der Schuldgefühle nicht möglich geworden sei. Die Nachbehandlung erfolge durch den Psychologen Dr. phil. C.____ . 4 .2

Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelt den Beschwerdeführer seit 8. Juni 2012. Am 28. Juni 2012 berichtete er (Urk. 7/4/1-2), dass im Mai 2012 eine einwöchige stationäre Behandlung wegen Konsum psychotroper Substanzen erfolgt sei. Bisher habe sich keine dauerhafte Besserung der psychiatrischen Symptomatik eingestellt. Trotz gutem Willen, die Arbeit ab März wieder zu erledigen, habe in den Monaten März bis Juni 2012 keine psychische Belastbarkeit bestanden, die eine Aufnahme der Arbeit als Sachbearbeiter erlaubt hätte. Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. 4 .3

Vom 7. bis 28. August 2012 war der Beschwerdeführer auf Empfehlung von Dr. B.____ in der D.____ AG hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 31. August 2012 (Urk. 7/13) erfolgte die Hospitalisation wegen depressiver Verstimmung und Abhängigkeit von mehreren Substanzen. Neben der medikamentösen Behandlung habe der Beschwerdeführer

regelmässig und motiviert am dreiwöchigen gruppentherapeutischen Therapieprogramm teilgenommen. Dies umfasse Psychoedukation über Verlauf und Folgen der Suchterkrankung, Rückfallprophylaxe, Motivationstraining, Ergotherapie, Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll und Physiotherapie. Zusätzlich hätten einzel-psychotherapeutische Gespräche stattgefunden, um die persönliche Umsetzung einzelner Elemente des Erlernten zu fördern und um Aspekte des Umgangs mit der Abhängigkeit als längerfristig behandlungsbedürftige Erkrankung aufzuzeigen. In den Einzelgesprächen sei neben der Abhängigkeit der Umgang mit dem von ihm verursachten Unfall und dem Verlust des Freundes thematisiert worden. Am 28. August 2012 sei der Beschwerdeführer aus disziplinarischen Gründen vorzeitig, aber in deutlich gebessertem Allgemeinzustand in seine neue Wohnung in Urdorf ausgetreten. 4 .4

Im Bericht vom 23. November 2012 (Urk. 7/22) gab der behandelnde Psychiater Dr. B.____ an, dass beim Beschwerdeführer eine erheblich behindernde Abhängigkeit und Unreife in der Persönlichkeit bestehe. Solange in der religiösen Gruppe [der Zeugen Jehovas] integriert, habe anscheinend ein kompensierter Zustand bestanden. Nun nach dem Autounfall mit Todesfolgen und dem Ausschluss aus der Gemeinschaft, weil er den Drogenkonsum nicht wie gefordert bereut habe, fehle eine genügende eigene Steuerung der Affekte. Die aktuelle Behandlung bestehe in wöchentlicher Psychotherapie und psychiatrischen Gesprächen ein bis zweimal monatlich . Abschliessend attestierte Dr. B.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 8. Juni 2012 bis auf weiteres. 4 .5

Der Psychotherapeut Dr. C.____ berichtete am 27. Februar 2014 (Urk. 7/55/1), dass der Beschwerdeführer die einen günstigen Verlauf nehmende Behandlung am 2. April 2013 vorzeitig habe abbrechen müssen, da er die Kosten nicht mehr übernehmen können und sich auch kein anderer Kostenträger gefunden habe. 4 .6

Am 17. Juli 2013 erstattete der mit dem psychiatrischen Konsilium beauftragte MEDAS-Gutachter sein Teilgutachten (Urk. 7/39/2-10) .

Zu den aktuellen Beschwerden habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er innerlich blockiert sei, nicht mehr weiterkomme, sich seit dem Unfall im September 2010 lustlos und depressiv fühle und er unspezifische Angstzustände habe. Er möge es nicht, unter die Leute zu gehen. Nachts wache er plötzlich auf und müsse weinen. Auch sei er dann verschwitzt und innerlich unruhig. Er habe Albträume vom Unfall. Die Bilder vom Unfall seien gelegentlich auch am Tag vorhanden. Er müsse immer an diesen Unfall denken. Er sei vor dem Unfall immer ein aktiver, fröhlicher Mensch gewesen. In seinem Leben habe es keine Probleme gegeben. Er sei vor Juni 2011 nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Nun leide er unter massiven Schuldgefühlen und habe Blitzgedanken an den infolge des Unfalls verstorbenen Freund, was ihn sehr belaste (S. 2).

Zum Unfall vom 4. September 2010 habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er an diesem Samstag um 10:00 Uhr morgens gemeinsam mit seinem besten Kollegen (19 Jahre alt) und dessen Bruder (22 Jahre alt) eine Probefahrt mit einem neuen Auto unternommen habe. Er sei am Steuer gewesen und sein Freund als Beifahrer neben ihm gesessen. Er sei diese Strecke jeden Tag gefahren . Sie sei nur 2 bis 3 Minuten Fahrzeit von seinem damaligen Wohnort entfernt gewesen . Er sei vor einer roten Ampel gestanden und vor ihm habe sich ein Wagen mit einem Pferdeanhänger befunden. Als die Ampel auf Grün geschaltet habe, sei er ganz normal losgefahren. Dann habe er den Wagen mit dem Pferdeanhänger links überholt und sei wieder ganz normal in die Fahrspur eingeschert. Es

sei eine 80 km/h Zone gewesen, er sei allerdings etwas schneller gefahren. Nach dem Überholvorgang seien jedoch plötzlich die hinteren Räder des Autos blockiert gewesen, so dass das Auto ins Schleudern geraten und quer zur Gegenfahrbahn zum Stehen gekommen sei. Ein entgegenkommender Personwagen habe trotz Bremsversuch die Beifahrertür seines Autos getroffen. Der Beschwerdeführer habe keine Luft mehr verspürt, sei kurz bewusstlos gewesen und als er dann die Augen wieder geöffnet habe, habe er nur ans Sterben gedacht. Schmerzen habe er nicht empfunden. Danach habe ihn der Beifahrer gerüttelt und gesagt, dass ihm seine Beine wehtun würden. Der Beifahrer habe nicht aussteigen können. Zwei Männer hätten versucht, die Beifahrertür von aussen zu öffnen, was wohl nicht gelungen sei. Daran könne er sich jedoch nur vage erinnern. Schliesslich habe er selber die Beifahrertür öffnen können. Dann sei er aus dem Auto gestiegen und habe gesehen, wie sein Kollege am Boden gelegen habe. Als die Sanitäter gekommen seien, um seinen Kollegen mitzunehmen, habe dieser den Daumen hochgehoben als Zeichen, dass alles okay sei. Danach sei der Beschwerdeführer zusammengebrochen und erst im E. ___ wieder aufgewacht. Sein Kollege und dessen Bruder, welcher nur leichte Prellungen davongezogen habe, seien dagegen im Z. ___ behandelt worden (S. 2 f.).

Der Beschwerdeführer habe noch erfahren, dass sein Kollege einen Leberriß sowie eine Oberschenkel- und Beckenfraktur rechts erlitten habe. Dessen anschliessende Operation sei gut verlaufen. Er sei jedoch noch intubiert gewesen, als der Beschwerdeführer ihn am Sonntag besucht habe. Er sei dann jeden Tag in der Klinik gewesen, um nach seinem Kollegen zu schauen. Ursprünglich habe der Kollege am folgenden Donnerstag wieder extubiert werden sollen. Es sei aber zu einer Komplikation gekommen. Der Kollege habe ein starkes Fieber entwickelt und bei einer weiteren Operation viel Blut verloren. Die Ärzte hätten daraufhin gebeten, eine Bluttransfusion durchführen zu lassen. Der Kollege als Zeuge Jehovas habe einer Bluttransfusion jedoch nicht zugestimmt. Auch der Bruder und der Vater seines Kollegen hätten dies aus religiösen Gründen verweigert. Der Beschwerdeführer, der ebenfalls Zeuge Jehovas ist, habe erfolglos bei den Verwandten des Kollegen darum gebeten, dass die Bluttransfusion trotzdem durchgeführt werde. Ein paar Tage später sei sein Kollege verstorben. Als er dies erfahren habe, habe er selber sterben wollen (S. 3).

Nach dem Unfall und dem Tod seines Kollegen habe der Beschwerdeführer zunächst noch gearbeitet. Wegen der vermehrten Schuldgefühle habe er auch viel Alkohol getrunken. Dies sei besonders nach dem Begräbnis am 18. September 2010 der Fall gewesen, da er sich als Mörder seines Kollegen angesehen habe. Schliesslich habe er eine Flasche Whisky pro Tag getrunken und auch Temesta 1 mg zwei- bis dreimal täglich für zwei Wochen eingenommen. Nach den zwei Wochen habe er dann mit dem Whisky aufgehört und sei auf Kokain umgestiegen, was er abends eingenommen habe. Damit habe er das Geschehen vergessen wollen. Dies sei ihm nicht gelungen. Im Juni 2011 sei er dann völlig emotional dekompenziert, weshalb er bis heute arbeitsunfähig sei. Bis Januar/Februar 2012 habe er täglich bis zu 5 - 6

g Kokain konsumiert. Danach habe er von sich aus mit dem Alkohol- und Kokainkonsum aufgehört. Ende 2011 habe er angefangen, täglich 2 3

g Heroin zu schnupfen und später auch zu rauchen. Heroin habe er bis März/April 2012 eingenommen. Dann habe er sich für eine Woche zum stationären Heroinentzug in die Privatklinik F. ___ begeben. Bereits zuvor sei er erstmals 2011 beim Psychologen Dr.

C.____ wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in Therapie gewesen. Nach dem Heroinentzug hätten ihn die Bilder vom Unfall und die Schuldgefühle jedoch weiterhin stark belastet, weshalb er von Mai bis August 2012 erneut heroindrückfällig geworden sei. Wegen einer depressiven Symptomatik mit Suizidgedanken sei er dann in die D.____

AG für drei Wochen stationär aufgenommen worden. Auf der dortigen Drogenstation sei er zur Substitutionsbehandlung erstmals auf Subutex eingestellt worden. Subutex nehme er noch bis heute. Seit dem stationären Aufenthalt im August 2012 konsumiere er kein Heroin, kein Alkohol und auch kein Kokain mehr (S. 3 f.).

Zu seiner medikamentösen Behandlung habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er Stilnox 10 mg zur Nacht von November 2011 bis Januar 2012, Siquan 75 mg bis April 2013 und Seroquel bis März 2012 eingenommen habe. Aktuell nehme er Subutex 2 x 10 mg und Cipralex 20 mg morgens. Er sei beim Psychiater Dr. B.____ und bei der G.____ in Behandlung. Auch sei er alle zwei Wochen bei med. prakt. H.____ in psychotherapeutischer Behandlung. Die Psychotherapie bei Dr. C.____ sei nicht mehr durchgeführt worden, weil diese von der Unfallversicherung nicht mehr übernommen worden sei (S. 4).

Suizidgedanken habe der Beschwerdeführer nicht. Jedoch seien diese zum Zeitpunkt des Todes seines Kollegen verstärkt vorhanden gewesen. Der Gedanke an seine Ehefrau habe ihn vom Suizid abgehalten. Er meide die Unfallstrecke bis heute und seit er im April 2012 den Fahrausweis wieder erhalten habe, meide er auch das Autofahren. Er fahre nur noch als Beifahrer mit der Ehefrau. Seine sozialen Kontakte habe er weitestgehend abgebrochen, da er sehr nervös werde, wenn er seine Kollegen sehe. Er meide auch Fernsehbilder über Unfallgeschehen und er könne Fotos seines verstorbenen Kollegen nicht mehr ansehen. Gelegentlich empfinde er seinen Körper wie fremd und er müsse auch weinen. Dann habe er das Gefühl, wie im Traum zu sein, und den Wunsch, wieder aufzuwachen und dass sein Kollege wieder da sei. In der Beziehung zur Ehefrau habe es eine Ehekrise gegeben, als er nach sechs Monaten Drogenkonsum ihr

dies berichtet habe. Er ziehe sich zurück und könne nicht mit Leuten zusammen sein, da er weiterhin das Gefühl habe, ein Mörder zu sein. Dies hindere ihn auch da vor, die Arbeit aufzunehmen (S. 4 f.).

Zum Tagesablauf habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er um 8:00 Uhr morgens aufwache, um das Subutex und das Cipralex einzunehmen. Danach gehe er auf seine Terrasse, wo er 5 bis 6 Zigaretten rauche. Dann sitze er fast den ganzen Tag im Bett. Er esse nur abends, gegen 17:00 Uhr, wenn die Ehefrau zurück sei. Er habe keinen Appetit und habe seit Juni 2011 40 kg abgenommen. Er wiege nun 100 kg. Abends sehe er selten fern, er gehe gelegentlich spazieren und auch nur mit der Ehefrau einkaufen. Die Tage seien monoton, auch am Wochenende gebe es nichts Besonderes. Gegen 23:00 Uhr gehe er schlafen. Die Konzentration und die Merkfähigkeit seien eingeschränkt. Er habe keine Interessen mehr. Früher habe er Uhren repariert und sehr gerne Gitarre gespielt. Er würde gerne wieder arbeiten, wenn es ihm wieder besser ginge. Mit einer stationären Rehabilitationsbehandlung wäre er einverstanden. Er habe bis Ende Juni ein Krankentaggeld von monatlich Fr. 8'300. erhalten, was weiterhin noch abgeklärt werde. Er wohne gemeinsam mit der Ehefrau in einer Mietwohnung (Miete Fr. 2'300. - - monatlich). Die Ehefrau arbeite dreimal die Woche. Sie wolle jedoch das Arbeitspensum steigern (S. 5).

Im anschliessenden Gespräch mit dem Gutachter habe die Ehefrau berichtet, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall im September 2010 sehr glücklich gewesen sei und wie

im Zenit seines Lebens gestanden habe. Er habe mit einem Freund ein Kreditbüro eröffnet, welches gut gelaufen sei. Sie selber habe dort auch als Vollzeitkraft bis zum Unfall mitgearbeitet. In der Zeit nach dem Unfall habe sie ihn zunächst sehr ruhig erlebt, als ob nichts passiert sei. Sie hätten auch nicht über den Unfall gesprochen. An dem Abend, an welchem der Kollege verstorben sei, sei sie mit dem Beschwerdeführer im Spital gewesen, als er ein Telefonat vom Bruder des Verstorbenen erhalten habe, welcher ihm vom Tod des Kollegen berichtet habe. Daraufhin sei der Beschwerdeführer mit einem Freund weg gefahren, um seinen Vater abzuholen. Sie sei mit dem Bruder des Verstorbenen zu dessen Familie gefahren. Der Beschwerdeführer und sie selbst hätten der Familie des Verstorbenen geholfen, das Begräbnis zu gestalten. Seit dem Tod des Kollegen erlebe sie ihn als gedanklich abwesend, depressiv, müde und wie verändert. Der Beschwerdeführer fühle sich schuldig, obwohl er eigentlich keine Schuld habe. Es sei dann später polizeilich festgestellt worden, dass nach dem Überholmanöver die Handbremse hoch gezogen worden sei. Der Beschwerdeführer habe die hochgezogene Handbremse auch gesehen und versichert, dass er die Handbremse nicht angezogen habe. Den Eltern des Verstorbenen habe er dies nicht berichten wollen, um diese emotional nicht zu belasten. Vielmehr verdränge er den Verdacht, dass sein Kollege als Beifahrer die Handbremse angezogen habe (S. 5 f.).

Weiter habe die Ehefrau des Beschwerdeführers berichtet, dass dieser nachts verschwitzt aufwache und weine. Er träume, dass er sterben wolle. Sie habe nicht gewusst, dass er unter Drogeneinfluss gestanden sei, wenn er als Beifahrer mit ihr die Unfallstrecke gefahren sei. Nach dem Tod des Kollegen habe er vermehrt Whisky und auch andere Sachen getrunken. Er sei unter Alkohol- und Drogeneinfluss fröhlicher und lockerer gewesen. Erst nach sechs Monaten Drogenkonsum habe er ihr erzählt, dass er zwei Monate nach dem Unfall mit den Drogen angefangen habe. Er sei sehr vergesslich. Die Konzentration sei weiter hin gestört. Der Beschwerdeführer wisse nicht mehr, was er noch am letzten Tag gemacht habe. Seit Wochen würde er nichts mehr tun, früher habe er an Uhren gebastelt. In der Ehe habe es Trennungsgedanken gegeben, als sie erfahren habe, dass der Beschwerdeführer Drogen eingenommen habe. Er habe gesagt, dass er nach dem Gerichtsprozess mit dem Drogenkonsum aufhören wolle. Tatsächlich habe er dann noch vor dem Gerichtsprozess mit dem Drogenkonsum aufgehört. Während der Zeit der Drogeneinnahme sei er oft gereizt gewesen und es habe oft Streit gegeben, weshalb sie für eine Woche bei den Eltern gewesen sei. Im Februar 2012 habe der Beschwerdeführer wegen einer Überdosis Heroin und Stilnox eine Nacht im Spital verbracht. Zuletzt sei er im Juni 2012 erneut heroindrückfällig gewesen bis eine Woche vor dem Gerichtstermin. Seit dem letzten Spitalaufenthalt sei er bis heute abstinent. Er sei auch erleichtert gewesen, dass im Gerichtsurteil nur eine Geldbusse und die zuvor befürchtete Gefängnisstrafe nicht ausgesprochen worden sei, da seine Schuld am Unfall nicht bestätigt worden sei. Die Beziehung zum Beschwerdeführer sei nun viel verbundener. Nun hätten sie die Wohnung und auch die frühere Gegend gewechselt, so dass sie nicht mehr in der Nähe des Unfallgeschehens wohnten. Der Wohnungswechsel habe im August 2012 stattgefunden (S. 6).

In seiner Beurteilung führte der psychiatrische Gutachter aus, die Anpassungsstörung sei Ausdruck eines inneren Konflikts, der durch Schuldgefühle aufrecht erhalten werde. Es sei bisher nicht gelungen, diese Schuldgefühle aufzulösen, obwohl eine tatsächliche Schuld des Beschwerdeführers am Unfallgeschehen nicht bestehe. Der innere Konflikt sei in der bisherigen Therapie nicht genügend aufgegriffen worden. Der Alkohol- und Drogenkonsum könne als eine sekundäre Suchterkrankung angesehen werden, da er erst durch die

posttraumatische Belastungsstörung entstanden sei und als Versuch der Selbstbehandlung gesehen werden könne. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl ange stammt wie auch angepasst. Der Gesundheitsschaden könne durch eine stationäre Rehabilitationsbehandlung verbessert werden. Eine solche medizinische Massnahme könne im Sinne einer Schadenminderungspflicht auferlegt werden (S. 8). 4 .7

In der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung vom 11. September 2013 (Urk. 7/42) kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Anpassungsstörung aktuell zu 100 % arbeitsunfähig sei.

Weiter sollte eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden, zu Beginn stationär in einer Klinik, die auch Traumatherapie anbiete. Ein Jahr nach Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sollte eine erneute psychiatrische Evaluation der Arbeitsfähigkeit durchgeführt werden (S. 8) . 4 .8

In der ergänzenden Stellungnahme vom 9. Oktober 2013 (Urk. 7/46) führten die MEDAS-Gutachter aus, die posttraumatische Belastungsstörung sei bis anhin nicht adäquat behandelt worden. Insbesondere sei keine Traumatherapie durchgeführt worden. Weil die posttraumatische Belastungsstörung gemäss den ICD Leitlinien in den wenigen chronischen Fällen in eine dauernde Persönlichkeitsänderung übergehe, sei empfohlen worden, ein Jahr nach Beginn der adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung eine erneute psychiatrische Evaluation durchzuführen. Aktuell könne keine Beurteilung gemacht werden, ob im Sinne der Invalidenversicherung beim Beschwerdeführer eine psychiatrisch bedingte langfristige Arbeitsunfähigkeit vorliege oder nicht. 5 . 5 .1

Obwohl sowohl die behandelnden als auch die begutachtenden Ärzte von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen waren, verneinte die Beschwerdegegnerin eine psychiatrisch begründete Einschränkung des Leistungsvermögens in Anwendung der Kriterien gemäss der damals noch massgeblichen Überwindbarkeitspraxis (BGE 130 V 352) . 5 .2

Mit Bezug auf die Prüfung der dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Arbeitsleistung ist vorweg zu bemerken, dass es nach der Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Ärztepersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall

Gericht nicht kompetent sind. Bei der Fol genabschät z ung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Ar z tperson hingegen keine abschliessende Beurtei lungskompeten z

z u (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2 sowie

BGE 141 V 281 E. 5.2.1). 5 .3

Nach der früheren bundesgerichtlichen Rec htsprechung galten für die posttrau matische Belastungsstörung die bei s o genannten pathogenetisch -ätiologisch un klaren syndromalen Beschwerdebildern ohn e nachweisbare organische Grund lage heranzuziehenden Kriterien gemäss BGE 130 V 352 (so Bundes ge richtsurteile 8C_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 4.2 mit Hinweisen s owie 9C_671/2012 vom 15. Novem ber 2012 E. 4.3). Obwohl das Bundesgericht in Urteil 8C_538/2014 vom 6. Februar 2015 E. 4.2.3 die ausdrücklich formulierte Frage, ob eine posttraumatische Belastungsstörung überhaupt zu den genannten Beschwerdebildern zu zählen und damit, ob an der Rechtsprechung wie sie unter anderem im Urteil 8C_483/2012 in E. 4.2 angeführt wurde festzuhalten sei, nicht beant worten musste , ging es im Urteil 8C_851/2014 vom 14. April 2015 E. 5.1

nach wie vor von der Anwendung der Überwindbarkeitskriterien auf die posttraumatische Belastungsstörung aus . D eshalb ist

die mit BGE 141 V 281 eingeführte Praxisänderung auch auf die Beurteilung des funktionellen Leis tungsvermögens des an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidenden Beschwerdeführers anzuwenden . 5 .4

Neu lautet bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleich baren psychoso matischen Leiden d ie normativ bestimmte Gutachter frage, wie die sachverstän dige Person das Leistungsvermög en einschätzt, wenn sie den ein schlägigen Indikatoren (E. 1.2 hievor) folgt (BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

G emäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Ein zelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen ent scheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrund lagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sach verstäandigengutachten

gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten

eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 19. Juni 2014 Beschwerde mit dem Rechts begehren um Zusprechung einer vollen

(richtig: ganzen) Invalidenrente rückwirkend ab 1. Februar 2012 (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. August 2014 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Beschwerdeführer am 1. September 2014 orientiert wurde (Urk. 8). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

mit Hinweis). 5.5

Den

oben wiedergegebenen Akten lassen sich zwar gewisse Hinweise, jedoch nicht genügend Angaben entnehmen, um die Zuverlässigkeit der von ärztlicher Seite attestierten

E. 10

0%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit beziehungsweise den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Problematik aus rechtlicher Sicht beurteilen zu können.

So fehlen Angaben zum genauen Inhalt der zunächst von Dr. C.____

und danach von med. prakt. H.____ beziehungsweise in der G.____

durchgeführten Therapie und zur Kooperation des Beschwerdeführers . Unter diesen Umständen erlaubt das Scheitern der bisherigen therapeutischen Massnahmen keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der psychischen Störung (BGE 141 V 281

E. 4.3.1.2) . Andererseits weist die kontinuierliche Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen

durch den Beschwerdeführer im Rahmen von dessen finanziellen Möglichkeiten

auf einen tatsächlichen Leidensdruck hin

(BGE 141 V 281

E. 4.4.2) .

Weiter wies der Psychiater Dr. B.____ auf eine Abhängigkeit und Unreife in der Persönlichkeit als zusätzlich belastender Faktor

hin, welcher insbesondere seit dem Ausschluss aus der Religionsgemeinschaft der Zeugen Jehovas in Erscheinung tritt

(Bericht vom 23. November 2012 [Urk. 7/22 S. 1]). Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten wird diese Problematik zwar in der Aktenzusammenstellung des internistischen Teilgutachtens (Urk. 7/39/11-42 S. 21) erwähnt ,

jedoch weder in der psychiatrischen noch in der interdisziplinären Beurteilung aufgegriffen , weshalb auch die Persönlichkeitsdiagnostik den besonders hohen

Begründungsanforderungen der geänderten Rechtsprechung nicht zu genügen vermag (BGE 141 V 281

E. 4.3 .2). 5.6

Unter den gegebenen Umständen ist die Sache deshalb zur Ergänzung der psychiatrischen Begutachtung und zu neuer Entscheidung über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. Mai 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Sonja Gabi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - PAX, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, BVG, Postfach, 4011 Basel sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Meier-Wiesner

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.